



Sehr geehrte Patientin,

herzlich Willkommen in der Tagesklinik GYNMÜNSTER. Bitte beantworten Sie uns zur Vorbereitung folgende Fragen:

### **Persönliche Daten**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### **Name des überweisenden Gynäkologen:**

### **Mitbetreuende Gynäkologen**

(z.B. Kinderwunschzentrum, Dysplasie-Sprechstunde):

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

Verhüten Sie?

Nein  Pille \_\_\_\_\_

Kondom  Spirale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann begann Ihre letzte Regelblutung?

Wie viele Geburten hatten Sie? \_\_\_\_\_

Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schonmal eine Eileiter-Schwangerschaft?

Ja Wann? \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie allergisch (überempfindlich) gegen  
Medikamente o. a. Stoffe?

### **Bitte informieren Sie uns persönlich, falls ein positiver HIV-(AIDS-) Test vorliegt!**

Bei fehlender Krankenversicherung verpflichtet sich die Patientin, die sich aus der Behandlung ergebenden Kosten gemäß GOÄ-Honorarabrechnung gegenüber der Praxis selbst zu erstatten. Ich versichere hiermit gegenüber der Praxis, dass zum Zeitpunkt der Behandlung eine Krankenversicherung besteht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Krankenkasse

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Private Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Private Zusatzversicherung

Ja  Nein

1 Bettzimmer

2 Bettzimmer

Chefarztbehandlung

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen eine außergewöhnliche Blutungs- oder  
Thromboseneigung (Gerinnungsstörung, Z. n.

Thrombose) vor?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Frühere Operationen? (z. B. Blinddarm, Kaiserschnitt?)

Welche Beschwerden haben Sie?

Was bzw. weshalb sollen Sie operiert werden bzw. sich  
bei uns vorstellen?



**GYNMÜNSTER · GYNVELEN**

OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

Dr. med. J. Quakernack · Dr. med. G. Engelke

Dr. med. R. Böhnel · S. Bauer

Fachärzte für Frauenheilkunde – ambulante und kurzstationäre Operationen

## Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientin,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der beiliegenden Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Da es für die folgenden Empfänger keine gesetzliche Erlaubnis der Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten gibt, benötigen wir Ihr Einverständnis.

### Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

**Ihre Frauenärztin, Ihr Frauenarzt**, weitere (mitbehandelnde) Ärztin/Arzt:

Wenn Ihre Frauenärztin/Ihr Frauenarzt und ggf. Ihre mitbehandelnde Ärztin/Arzt einen Befundbericht erhalten soll, tragen Sie hier bitte den Praxisnamen ein:

Frauenärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Mitbehandelnde Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

### **Kooperierende Einrichtungen\***

- Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und Schmerztherapie
- Institut für Pathologie am Clemenshospital
- Auftragslaboratorien
- Zytologie-Labor
- Hohenzollernklinik GmbH und Co. KG, Hohenzollernring 57, 48145 Münster
- Stiftung Endometriose Forschung (SEF) – inkl. Patientennachbefragung

\*Die genauen Anschriften sind beim Personal in der Anmeldung zu erfragen.

### **Tumorkonferenz/Dysplasiekonferenz**

Interdisziplinäre Tumorkonferenz im St. Franziskushospital,  
Hohenzollernring 70, 48145 Münster – zertifiziert durch das DKG  
Dysplasiekonferenz der „Zentralen Dysplasiesprechstunde Münster“ im UKM,  
Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

**Erstellung und Verwendung von Befundbildern und -videos** zur Dokumentation in Ihrer Patientenakte, sowie zur anonymisierten Nutzung in wissenschaftlichen Arbeiten.

Hiermit entbinde ich: \_\_\_\_\_

Patientenname

die Praxis GYNMÜNSTER von der gesetzlichen Schweigepflicht und erteile GYNMÜNSTER die Vollmacht, die personenbezogenen Gesundheitsdaten für die bei mir durchgeführte Behandlung an die angekreuzten Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten. Diese können auf elektronischem Weg in verschlüsselter Form aus dem Praxisinformationssystem übermittelt werden. Die sonstigen Datenschutzregelungen werden eingehalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Münster, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin /Eltern/Betreuer



**GYNMÜNSTER**

OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

AGE-AUSBILDUNGSZENTRUM FÜR  
MINIMAL-INVASIVE CHIRURGIE

DKG-ZERTIFIZIERTE  
DYSPLASIE-EINHEIT

SEF-ZERTIFIZIERTE  
ENDOMETRIOSE-KLINIK

Dr. med. Jens Quakernack  
Dr. med. Gregor Engelke  
Dr. med. Ruth Böhnel  
Sebastian Bauer

Angestellte Ärzte:  
Dr. med. Anne Overbeck  
Dr. med. Thomas Haßkamp

Hohenzollernring 57  
48145 Münster

Telefon: 0251 - 393024  
Telefax: 0251 - 379383

E-Mail: [info@gynmuenster.de](mailto:info@gynmuenster.de)  
[www.gynmuenster.de](http://www.gynmuenster.de)



**GYNVELEN**

PRAXIS UND KLINIK FÜR  
OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

DKG-ZERTIFIZIERTE  
DYSPLASIE-SPRECHSTUNDE

Dr. med. Sinan W. Koudsi  
Jan Christoph van Vlijmen

Angestellte Ärzte:  
Dr. med. Annette Noldes  
Sarah Heinemann  
Dr. med. Martina Oenning  
Anne Bludau  
Inga Schmeken

Ignatiusstr. 8  
46342 Velen

Telefon: 02863 - 2850  
Telefax: 02863 - 2674

E-Mail: [info@gynvelen.de](mailto:info@gynvelen.de)  
[www.gynvelen.de](http://www.gynvelen.de)

**VAAO**  
**VELENER**  
**ARBEITSKREIS**  
AMBULANTES  
OPERIEREN  
[www.vaaode.de](http://www.vaaode.de)